

## Resumen Ejecutivo

Agosto de 2004

### Convenios de Gestión en el Sector Salud

#### Introducción

La reforma y modernización del sector público ha sido una inquietud compartida tanto por países desarrollados como en desarrollo, y ha pasado a ocupar un lugar prioritario en la agenda de la mayoría de los países en las últimas décadas. Generalmente, los procesos de reforma han perseguido la obtención de mayores grados de eficiencia, aumentar la calidad de los servicios gubernamentales, asegurar la eficacia de las políticas y generar ahorros para el Estado. En este contexto, la transformación del aparato público en entes de gestión flexibles y adaptables a las exigencias de un entorno cambiante y cada vez más globalizado ha sido uno de los objetivos centrales de la modernización estatal.

La forma concreta de las reformas, tanto en el área de la salud como en otros, depende de la historia, cultura y arreglos institucionales específicos de los países. Pero, alrededor del mundo se observa una tendencia común hacia la descentralización en la administración, y en especial de la provisión de servicios, de la salud. En muchos casos, este proceso ha ido de la mano con el fortalecimiento de las capacidades de los Ministerios de Salud para desarrollar políticas marco y establecer mecanismos de control. Así se busca generar las condiciones que permitan entregar a los Servicios de Salud regional y municipal más autonomía en la provisión o contratación de los servicios, mientras que se asegura la coherencia global de las políticas. Dado que lo anterior implica un mayor espacio para el desenvolvimiento de los directivos públicos, ha surgido la necesidad de evaluar permanentemente su desempeño y exigirles que cumplan con sus trabajos asignados.

En este contexto, desde los años 90, los llamados convenios de gestión han concitado amplio interés en la gestión del sector salud. Con esta herramienta se busca agilizar las burocracias públicas que se caracterizan tradicionalmente por su sesgo procedimental y legalista y orientar su estilo de gestión hacia la generación de resultados medibles.

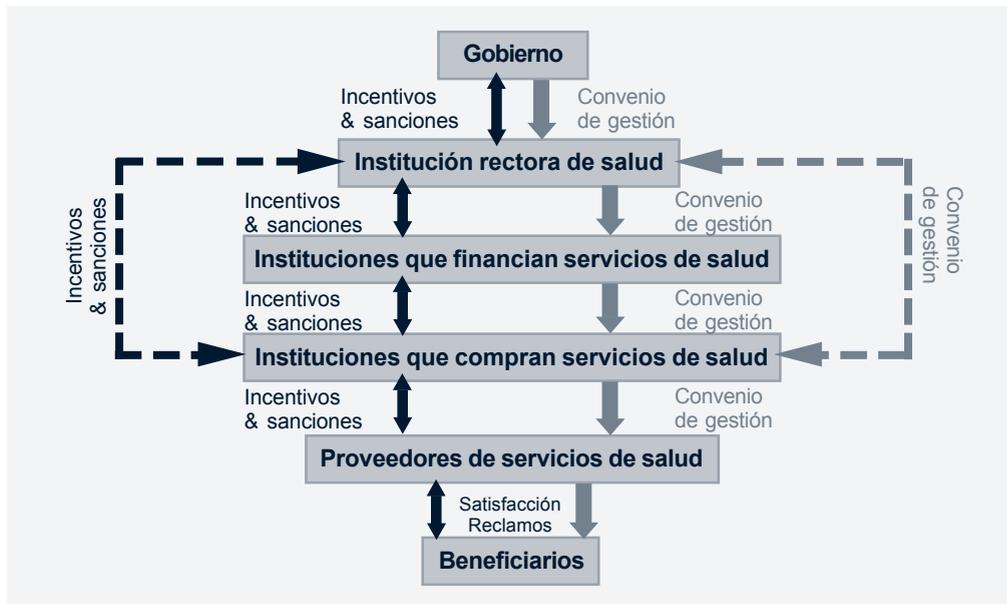
Los convenios de gestión son utilizados fundamentalmente por los Ministerios de Salud y las entidades descentralizadas que compran los servicios de salud por cuenta de los usuarios, para comprometer los diversos proveedores (públicos y/o privados) con la producción y provisión de los bienes y servicios que el Estado garantiza a sus ciudadanos.

Algunos países, en particular los países desarrollados y miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), han acumulado ya una larga experiencia en la materia. Tal es el caso de Nueva Zelanda, por ejemplo, que abordó una profunda reforma del sector público durante la década de los '80 y es el país donde se han introducido los convenios de gestión con mayor éxito. Por otro lado, los países en vía de desarrollo empezaron a introducirlos más recientemente y muestran resultados bastante mixtos como se verá más adelante en esta Cartilla.

Con base en estos antecedentes y tomando en cuenta que, en América Latina, los convenios de gestión constituyen una herramienta aún relativamente nueva cuyo éxito dependerá de la superación de una serie de desafíos en el proceso de su diseño e implementación, la presente Cartilla de PHRplus persigue los siguientes objetivos:



**Figura 1: Esquema de convenios de gestión con separación de funciones**



Fuente: los autores

- ▲ Explorar a grandes rasgos fines, uso e implicancias de la herramienta para las agencias públicas de salud y sus relaciones entre ellas.
- ▲ Explicar elementos clave del diseño e implementación de los convenios de gestión.
- ▲ Revisar la experiencia internacional en el sector salud a partir de una muestra de países desarrollados y en desarrollo.
- ▲ Extraer lecciones aprendidas para formular una serie de orientaciones dirigidas a los encargados de formular políticas quienes quieren introducir esta herramienta en su gestión.

## La lógica contractual entre agencias públicas de salud

La vida en sociedad incluye, entre muchas otras cosas, un sinnúmero de intercambios y transacciones entre los distintos actores, tanto a nivel personal como a nivel organizacional. Hay una serie de intercambios relativamente simples, con transacciones claras e inmediatas, como ocurre en las compras en una farmacia, por ejemplo. Pero también existen intercambios que toman tiempo antes de que la transacción se complete o que

involucran un flujo de servicios en el tiempo, tal como se experimenta en la construcción de un hospital. En este último caso se genera incertidumbre sobre el cumplimiento de lo acordado, y surge la posibilidad de que alguna de las partes no cumpla con su compromiso. Es por ello que muchos de los intercambios no se materializarían si no existiesen formas de exigir el cumplimiento de los acuerdos, lo que usualmente se logra a través de distintos tipos de contratos.

No obstante, los contratos involucran riesgos y costos asociados a los procesos de negociación y monitoreo, la estimación del riesgo y las dificultades para hacer que los acuerdos se cumplan efectivamente. A su vez, estos costos dependen de la naturaleza del producto o servicio transado, del ambiente administrativo, legal y cultural en que se desarrolle el intercambio y de las características de los agentes que participan.

Mientras que en las relaciones entre privados suelen usarse con mayor frecuencia contratos legalmente exigibles (contratos “clásicos”), la situación entre agencias del sector salud es algo diferente. Muchos de los organismos de salud, no son entidades legalmente separadas del Ministerio de Salud, por lo que generalmente no pueden establecer contratos “clásicos”.

## Cuadro 1. Contratos “clásicos” y contratos “relacionales”

Los distintos tipos de contratos se pueden clasificar, en términos generales, en contratos “clásicos” y contratos “relacionales” (Petrie, 1999).

Los contratos “clásicos” son típicamente usados en las transacciones entre privados, y las disputas son resueltas en los tribunales de justicia. Tienen la virtud de ser legalmente exigibles y resultan apropiados cuando los costos para precisar las características del bien o servicio transado, las condiciones para dar por cumplido el contrato y las sanciones en el caso de incumplimiento, son bajos. Por lo general, tienden a ser usados en los casos en que las partes contratantes son entidades legalmente separadas.

Los contratos “relacionales” son instrumentos que tienden a descansar más en la confianza y buena disposición de las partes para dar cumplimiento a los compromisos contractuales, antes que en la especificación exacta de los resultados perseguidos. Su existencia deriva de situaciones en que los bienes o servicios transados no se pueden definir con precisión (típicamente en salud y educación), y/o en situaciones en que las partes están interesadas en establecer una relación de largo plazo por lo que renuncian a establecer una relación puramente legalista. Se establecen objetivos generales junto con un sistema de verificación basado en metas e indicadores. La resolución de las disputas tiende a entregarse a un árbitro y no a los tribunales. Estos contratos o convenios, son ampliamente usados en arreglos institucionales en los que los contratantes están relacionados y/o son mutuamente dependientes.

Además, aunque las agencias estuviesen en condiciones de hacerlo, es poco probable que el gobierno enjuicie a un servicio de salud del cual es “dueño” o termine dicha relación contractual por problemas de desempeño. Por un lado, el costo político es demasiado alto, y por otro lado, en muchas ocasiones no existe otro proveedor para entregar la atención en salud en lugares apartados, por ejemplo. De hecho, el gobierno suele aplicar otras formas de control y, además, tiene la capacidad de variar el nivel de recursos financieros entregados año tras año a las agencias.

Por todo lo anterior, las relaciones entre las distintas entidades de la administración pública en salud suelen basarse más bien en contratos relacionales, de los cuales los convenios de gestión son una forma específica de expresión.

### La relación principal–agente en el sector salud

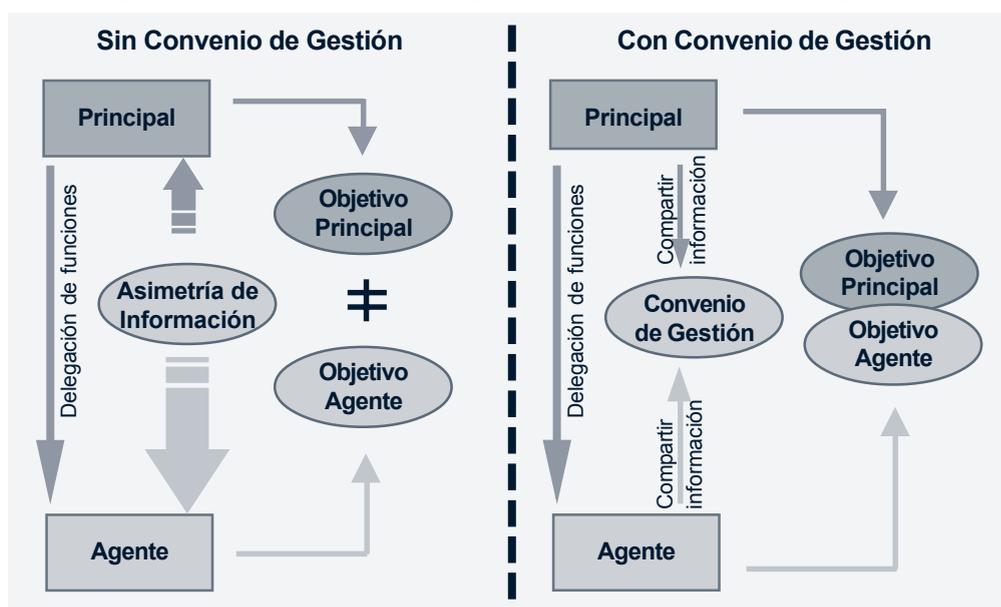
Dependiendo de su naturaleza y propósito, las agencias públicas de salud se organizan en distintos tipos institucionales y con diversos grados de independencia. La mayoría (el ministerio o los servicios regionales / territoriales) tienen una relación de jerarquía directa con el Ministro, mientras que otras (hospitales autónomos o institutos) pueden llegar a ser entidades legalmente separadas e incluso responsables, en primer lugar, ante su directorio en lugar del Ministro. No obstante estas diferencias en

su constitución legal, es útil analizar las interrelaciones entre las distintas agencias de salud desde un enfoque principal–agente a fin de resaltar las implicancias para sus relaciones contractuales.

Una relación principal–agente significa, por ejemplo, que el Ministerio (principal) delega ciertas funciones o la producción de ciertos productos o servicios en el Servicio Regional de Salud (agente). Con el fin de comprometerlo efectivamente en la realización del servicio o la función se establecen objetivos y compromisos de ambas partes. En la mayoría de los casos, el principal (o los principales) persigue objetivos distintos a los de los agentes. De tal manera, el Ministro de Salud (principal) puede desear en un año de elecciones que el Servicio de Salud maximice la cobertura de la atención primaria para atraer más votos, mientras que el burócrata (agente) de este Servicio puede querer aumentar el nivel de presupuesto del servicio. Por otro lado, los agentes se enfrentan muchas veces con varios principales cuyos fines pueden ser contradictorios (Ministro de Salud, comité de donantes, comisión parlamentaria).

Frente a este escenario, la función del Ministro (principal) de asegurar coherencia entre los objetivos de cada actor es fundamental, y requiere monitorear el desempeño del Servicio de Salud y de sus directivos. Sin embargo, la asimetría de información (el director tiene más información que el Ministro sobre el desempeño de su servicio) constituye el problema medular de estas relaciones principal–

**Figura 2: Relación principal agente sin y con convenio de gestión**



agente. Los dilemas que surgen a raíz de los distintos objetivos y beneficios perseguidos pueden generar desconfianza, malos manejos y conflictos políticos.

Un contrato explícito conteniendo las expectativas exactas de ambas partes, como un convenio de gestión, por ejemplo, surge como una posible solución a las dificultades descritas, siempre y cuando se tomen en cuenta los siguientes desafíos que pueden mermar la obtención del resultado deseado: i) hay una tendencia de los gobiernos a no revelar completamente sus objetivos en la medida que éstos conllevan costos políticos; ii) la asimetría o falta de información puede llevar a que los gobiernos formulen objetivos y metas no acordes a las capacidades reales de los ministerios y agencias; iii) los agentes tienden a establecer metas fácilmente alcanzables; iv) muchas veces no se crean buenos sistemas de incentivos que pudiesen subsanar las fallas mencionadas arriba.

## Descripción de los convenios de gestión en salud

Los convenios de gestión son generalmente acuerdos celebrados entre dos entidades del sector de salud cuyo objetivo final es crear un sistema de gestión por resultados, siendo la preocupación por la calidad y eficiencia del servicio de salud que se entrega a los ciudadanos aspectos centrales de la política.

El convenio de gestión se negocia entre el principal (muchas veces se trata del nivel central del servicio o del propio ministerio) y la agencia (entidad regional de salud, servicio de salud, hospital público) que provee el servicio o opera el programa acordado. En este compromiso se acuerdan ciertos objetivos que se traducen en metas específicas y medibles. Además se especifican los ámbitos de competencia en la ejecución, las condiciones de su cumplimiento, el monto de los recursos asignados, y un sistema de incentivos, que pueden ser tanto grupales como individuales. Dichos convenios son rara vez legalmente exigibles. Más bien, la mayoría se implementa por vía administrativa.

## Propósito de la herramienta

Los procesos de cambios profundos asociados a la modernización de la administración pública, incluyendo el sector de la salud, requieren un nuevo estilo de gestión, que permita lograr el tránsito de una cultura organizacional centrada en el cumplimiento de normas, altamente centralizada, rígida y poco motivadora hacia una que se oriente al logro de resultados, sea participativa, promueva el trabajo en equipo y reconozca el buen desempeño de los funcionarios.

En este contexto, los convenios de gestión buscan aumentar la eficiencia en el uso de los recursos públicos acoplando su asignación y desembolso al logro de resultados pre-establecidos. En la definición de estos resultados se reflejan los





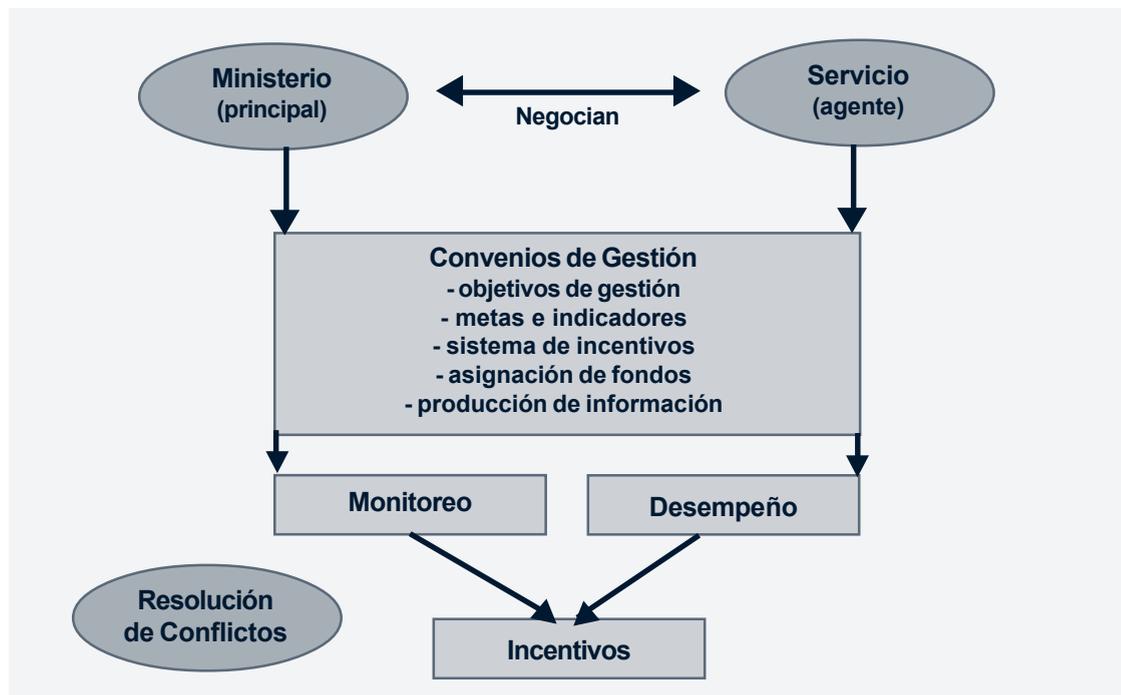
Los convenios de gestión aplicados a sistemas que operan sobre la base de un modelo gerencial (devolución administrativa a las autoridades locales, desagregación de políticas, separación de funciones, foco creciente en los consumidores, etc.) tienen mayores probabilidades de éxito (Lidbury, 1999). A su vez, en ambientes altamente centralizados su implementación es difícil y requiere de un trabajo fuerte orientado a cambiar la cultura organizacional hacia una que vaya permitiendo la delegación de funciones.

## Aspectos clave de los convenios de gestión

### Condiciones de entorno

- ▲ Con el fin de asegurar que los convenios de gestión alcancen a desplegar su potencial, es importante poner especial atención a algunos factores del entorno que pueden facilitar, y en caso de no ser atendidos obstaculizar, su efectividad como herramienta de gestión.
- ▲ El grado de compromiso de las partes con los convenios de gestión, y en especial el compromiso al más alto nivel político, es fundamental. Su falta puede llevar a la pérdida de credibilidad de las partes y al debilitamiento del convenio.
- ▲ Los convenios de gestión constituyen sólo una herramienta entre varias dentro de un régimen de administración basado en el desempeño. Por lo tanto, hay mayor probabilidad que logren el impacto deseado si se introducen en una cultura organizacional que se caracteriza por un diálogo continuo, la disposición a compartir información y el respeto mutuo. En circunstancias contrarias, no deberían esperarse maravillas de esta herramienta a pesar de que pueda contribuir a un cambio paulatino.
- ▲ Es importante acompañar la introducción de convenios de gestión con una política de recursos humanos orientada hacia el cambio de la cultura organizacional. Se requiere que los funcionarios asuman más responsabilidad y tomen iniciativa propia a la vez que deban rendir cuenta sobre ellas.

Figura 4: Esquema de convenios de gestión



Fuente: los autores

## Diseño

La experiencia internacional sugiere que el éxito de los convenios de gestión depende en gran parte de su diseño. En pocas palabras se podrían resumir las recomendaciones al respecto de la siguiente manera: simple y directo; responsabilidades y procedimientos claros; pocos objetivos, metas e indicadores; sistema de monitoreo; premios y castigos poderosos y explícitos; y un mecanismo imparcial de resolución de controversias. A continuación se profundiza en estas dimensiones.

### (a) Objetivos e indicadores

Uno de los aspectos más difíciles de definir en el diseño de un convenio de gestión dice relación con el nivel de especificación y detalle de su contenido. Lo anterior está estrechamente relacionado con el establecimiento de un equilibrio entre:

- ▲ las acciones de control que el principal puede ejecutar ex-ante respecto del nivel de desempeño esperado, como la definición de indicadores de gestión y el establecimiento de premios y castigos, y
- ▲ los instrumentos de que dispone en su calidad de «propietario» del agente para exigir el cumplimiento de lo acordado ex-post.

La definición del grado de especificación del desempeño se refiere, finalmente, al grado de condicionalidad con que se entregarán los fondos (financiamiento, compra) al agente. Resulta importante para el gobierno, examinar su habilidad para influenciar el desempeño a través del “poder del monedero” (power of the purse) y el grado de autonomía de que goza el agente.

Por otra parte, existen costos y riesgos importantes a tener presente en el diseño de los indicadores de desempeño tales como:

- ▲ Costos de negociación entre las partes
- ▲ El establecimiento de un sistema de información que permita el monitoreo efectivo
- ▲ Restricción inapropiada de la libertad del agente para administrar
- ▲ Daño a la confianza y calidad de relación entre las partes

- ▲ Inducción hacia una conducta disfuncional

Tomando lo anterior en cuenta, hay que tener en mente que los contratos de gestión debieran estar orientados a facilitar antes que a prescribir.

### (b) Definición de un sistema de incentivos

La transición a un sistema de gestión por resultados o desempeño implica crear mecanismos que incidan positivamente en la motivación de los funcionarios, tanto a nivel individual como a nivel grupal. Uno de estos mecanismos son los sistemas de incentivos. No obstante su aceptación general hay que llamar la atención sobre una serie de factores que pueden complicar su diseño y aplicabilidad.

- ▲ Existen dificultades para relacionar esfuerzos individuales con los resultados del organismo público como entidad.
- ▲ El diseño de premios y sanciones en el sector público es más complejo que en el sector privado. En cuanto a las sanciones no se puede fácilmente cambiar de proveedor si éste no cumple ya que puede no haber otros (falta de competencia). Y con respecto a los premios, los bonos de desempeño individual, por ejemplo, no son adecuados para reconocer resultados logrados por un grupo de personas o agencias.

Por lo tanto, el diseño de un sistema de incentivos que logran ser lo suficientemente claros, aplicables y motivadores constituye un desafío importante en la implementación de los convenios de gestión. Algunas recomendaciones para enfrentar este reto incluyen:

- ▲ Tomar en cuenta el poder que tienen los ejecutivos para reorganizar su institución, incluyendo el despido de funcionarios que a través del tiempo no han sido capaces de cumplir las metas acordadas. Para estos efectos resulta importante establecer un nexo claro entre desempeño individual y organizacional con el fin de hacer justicia tanto a las personas como a los logros colectivos.
- ▲ Si se quieren establecer premios y castigos poderosos, el convenio debe elaborarse con mayor nivel de detalle para asegurar que las decisiones acerca de la entrega de los incentivos se siga centrando en la evaluación de los resultados y no en tecnicismos del lenguaje.

- ▲ Es recomendable, además, complementar una estructura de incentivos con mecanismos que permitan desarrollar estrategias para superar un desempeño pobre (dar una salida).

### (c) Duración de los convenios

A priori no existe un tiempo estándar o ideal de duración para los convenios de gestión. Sin embargo, como ellos están relacionados con los ciclos de planificación y asignación de recursos, tienden a establecerse anualmente. En cambio, los convenios marco (objetivos estratégicos e institucionales), suelen fijarse por períodos mayores los cuales pueden incluso coincidir con el ciclo político, es decir con la duración de un gobierno.

### Negociación de los convenios

Quiénes negocian y con base en qué se negocian los convenios de gestión es central para que éstos reflejen tanto el interés del principal como las capacidades del agente. Sin embargo, este ámbito es uno que requiere de mucha atención de los formuladores de las políticas públicas.

Es así que la evidencia indica que las partes negociadoras suelen no tener experiencia en negociaciones de este tipo y que las mencionadas asimetrías de información llevan efectivamente a una inadecuada definición de objetivos e indicadores. Esta combinación de deficiencias resulta en la definición

de convenios mal concebidos lo que genera, a su vez, una seguidilla de ajustes en el tiempo (Lidbury (1999) y Shirley et al (1997)).

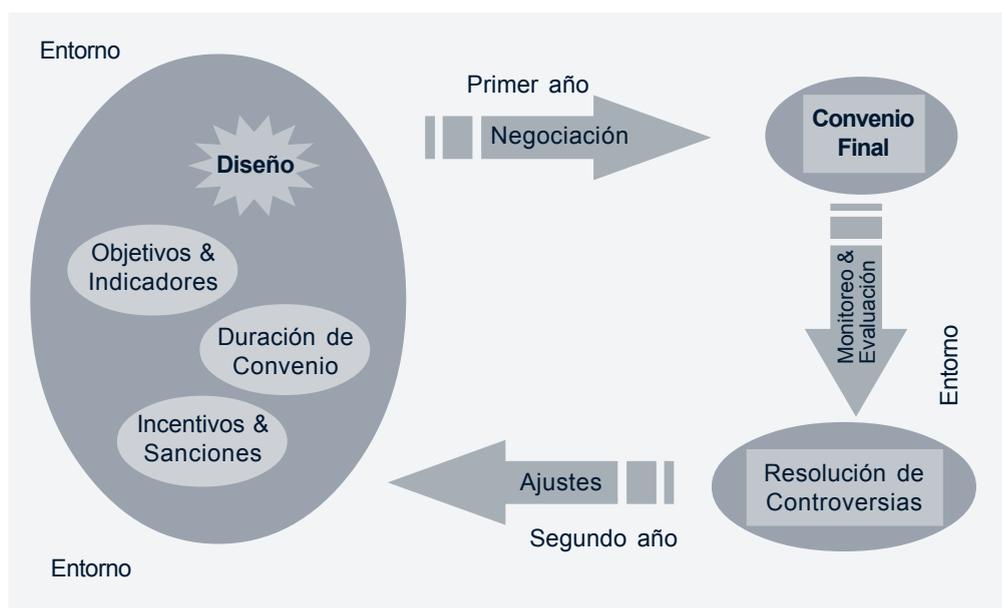
Dado que las negociaciones requieren muchas veces el uso de información que no está disponible o sistematizado, y tomando en cuenta la considerable inversión de tiempo es recomendable enfrentar el proceso de negociación como un ejercicio de planificación estratégica, el cual da a la vez la oportunidad para compartir información, siempre que se cuenta con la buena disposición de ambas partes.

### Monitoreo del cumplimiento de los convenios de gestión (indicadores)

Cabe recordar que el logro de los resultados comprometidos en el convenio está en el interés de ambas partes, y alcanzar estos resultados requiere generalmente de trabajo colaborativo. De tal manera, una evaluación anual realizada en forma conjunta puede ser tan importante como el contrato mismo (England, 2000).

La base para una evaluación es el convenio mismo. Por lo tanto, debiera especificar claramente la cantidad, calidad y tipo de información que será necesaria para monitorear su cumplimiento. Este monitoreo consiste en comparar el desempeño efectivo de la agencia y sus funcionarios con las metas comprometidas.

**Figura 5: Aspectos claves de los convenios de gestión**



Fuente: los autores



Se requiere de una comunicación regular y abierta entre las partes igual que la disposición para identificar las dificultades en el proceso y acordar cursos de acción. De tal manera, se puede ir acumulando información valiosa año tras año e ir reduciendo, paulatinamente, las asimetrías de información. A mediano y largo plazo aumentan así las probabilidades de que se los convenios de gestión estén bien diseñados desde su inicio.

## Resolución de controversias

Un mecanismo explícito de resolución de controversias es una condición sine qua non para que los convenios de gestión puedan funcionar. Este mecanismo se puede incorporar en los convenios mismos o pueden formar parte del marco global del régimen de esta herramienta elaborado por el gobierno.

A pesar de que se pueden recurrir a distintas instancias de arbitraje, todas éstas deben ser autónomas y tener el poder suficiente para hacer cumplir sus resoluciones.

## Experiencia internacional

### Comunidad autónoma de cataluña

Históricamente, la sociedad civil catalana ha jugado un rol clave en la seguridad social, organizándose en mutuas y entidades civiles y religiosas mayoritariamente sin fin de lucro, con el propósito de satisfacer las necesidades de atención sanitaria de la población. Al recuperar su autonomía en 1979, la comunidad catalana decidió mantener este elemento en el diseño de su sistema sanitario, aprovechando todas las infraestructuras existentes y formalizando las relaciones, con los proveedores, tanto públicos como privados, a través de convenios y conciertos.

El sistema de salud catalán se basa, entonces, en la provisión mixta, mientras que el financiamiento es público. En 1990, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) consolidó este sistema, estableció la separación de las funciones de financiación y producción de servicios dentro del sector público, y permitió la incorporación de distintas formas de gestión al sistema de provisión mixta.

En este esquema, el Servicio Catalán de Salud (SCS) se estableció como el asegurador público encargado del financiamiento del sistema. Las compras del SCS se formalizan a través de convenios de gestión negociados cada año. Además el SCS impulsó la aplicación de un modelo de autogestión de los centros de atención primaria, con los cuales formalizó su relación también a través de convenios.

Estos convenios se definen esencialmente sobre una base histórica y, en la práctica, son usados para asignar anualmente, en un esquema que subsidia la oferta, los recursos disponibles entre los distintos proveedores (Valenzuela, 1998). Se han incorporado incentivos de distinto tipo para estimular la extensión del modelo. Así, por ejemplo, a fin de poner énfasis en el logro de una mejor gestión del personal, los ahorros producidos en los centros se canalizan a través de los sueldos, la docencia y la formación del personal. Pero se evidenció una dificultad para encontrar profesionales con un perfil sanitario-gestor.

A pesar de que el SCS declara tener interés en mejorar la eficiencia del sector, generando un mercado interno en la provisión, implícitamente se ha privilegiado la conservación de la red pública-privada de servicios de salud sin que se fomente la competencia en la provisión. También se ha complicado la evaluación continuada y comparativa entre los centros, estando aún pendiente la implementación de un sistema de seguimiento de convenios.

En la práctica, los compromisos de gestión difícilmente se cumplen y en muchas ocasiones se asignan recursos adicionales a los presupuestados. Con ello, las posibilidades de mejorar la eficiencia del sistema son pocas y se ha instituido un modo de funcionamiento que no penaliza la falta de desempeño.

### Bolivia

Los compromisos de gestión han jugado un papel clave en la reforma del sistema de salud boliviano que se comenzó a implementar en 1999 con el apoyo del Banco Mundial, entre otros organismos internacionales. Dicha reforma, se apoya en un enfoque de gestión basado en resultados y metas, teniendo como marco las leyes de descentralización



## Cuadro 2. Bolivia: Resultados de la evaluación del primer año de compromisos de gestión

- ▲ La mayoría de los SEDE habían firmado convenios con los DS y muchos de éstos ya lo habían hecho con el siguiente nivel en la jerarquía.
- ▲ El Ministerio pudo fortalecer su rol normativo, llevando al nivel operativo metas basadas en las políticas del sector.
- ▲ Se introdujo un elemento de responsabilidad individual con rendición de cuentas.
- ▲ Los funcionarios al nivel operativo pudieron reconocer el impacto de su trabajo a través del logro de indicadores, como la reducción de la mortalidad materno-infantil.
- ▲ Se generó resentimiento por parte de los DS mal calificados. En algunos casos, la falla en el desempeño se debió a que los mismos departamentos establecieron metas demasiado altas que no pudieron cumplir (Schwab, 2002:7).

En términos generales se pudo afirmar que la incorporación de todos los municipios al Seguro Básico de Salud, elemento clave de la reforma de salud, ha tenido un efecto positivo sobre el funcionamiento de los convenios de gestión ya que su cumplimiento estuvo relacionado con el seguro.

administrativa y participación popular que dieron autonomía de gestión a las municipalidades sobre el 20% de los recursos fiscales.

El Ministerio de Salud mantuvo la responsabilidad de la normatización y regulación del sistema, y los Servicios Departamentales de Salud (SEDE) se responsabilizaron de la administración de los recursos humanos. Los Distritos de Salud (DS), dependientes de los SEDE, fueron fortalecidos, y los municipios y la comunidad pasaron a jugar un papel importante.

Al cabo del primer año de la reforma, se construyó un ranking de los DS según su grado de cumplimiento con los compromisos de gestión y se premió públicamente al mejor, con amplia difusión en la prensa.

Esta temprana evaluación resultó en que se hayan tomado medidas para perfeccionar la herramienta, incluyendo la contratación de un agente externo para su evaluación con el fin de evitar que la Unidad de Reforma de Salud perdiera credibilidad. No obstante persistieron las dificultades en firmar de manera sistemática dichos convenios y en dedicar personal específicamente a esta tarea.

## Chile

En 1996, Chile se convirtió en el primer país latinoamericano en establecer anualmente convenios de gestión con los proveedores públicos del sistema de salud. En momentos de fuerte expansión del gasto en salud pública, el Plan de Fortalecimiento y Modernización del Sector Público de Salud inició un proceso de separación de funciones y clarificación de roles. FONASA (Fondo Nacional de Salud Pública) se especializó en el financiamiento del sector, los Servicios de Salud (SS) se hicieron cargo de la provisión y el Ministerio de Salud (MINSAL) se concentró en la dirección y regulación del sistema.

La introducción de los compromisos de gestión en el sector fue liderada por el MINSAL optando por un “tratamiento shock” con fuerte dirección del proceso. A pesar que en el diseño de los convenios participó además el FONASA, hubo escasa coordinación. Como además, hubo inicialmente pocos espacios de participación para las agencias operativas, el modelo se encontró con resistencia a nivel de los SS. Este problema fue superado a través de una estrategia de mayor involucramiento de ellos, y en las negociaciones posteriores el MINSAL pidió a los SS que propusieran mejoras para las metas a alcanzar.

En términos de resultados, los compromisos de gestión han permitido cambiar el foco de gestión desde los procesos a resultados, y hoy en día existe mayor participación en su diseño y negociación por parte de los distintos agentes del sistema de salud. Sin embargo, debido a que no existe un sistema de incentivos explícito, el poder efectivo del instrumento sigue siendo débil. La única herramienta con que cuenta el gobierno (principal) para exigir resultados a los agentes es a través del financiamiento. Pero ni siquiera, esta herramienta se puede aplicar siempre. Un ejemplo ilustrativo de ello son los hospitales públicos que arrastraron cuantiosas deudas con sus proveedores. Cuando en el año 2002 algunos de ellos entraron en crisis el gobierno tuvo que entregarles recursos frescos para salvarlos de la quiebra y asegurar la entrega de servicios comprometidos con ellos.

Adicionalmente, parte importante del presupuesto sigue asignándose sobre una base histórica del gasto en vez de relacionarlo con el desempeño. Por otro lado, la cantidad, calidad y oportunidad de la información sigue siendo deficiente por lo que resulta difícil efectuar evaluaciones sistemáticas. De hecho, la persistencia de serios problemas de eficiencia a pesar de los grandes aumentos de inversión en el sistema de salud pública, sigue siendo la principal preocupación del gobierno y la comunidad.

Lo anterior debe entenderse en un contexto en que la normativa vigente impone serias limitaciones a la gestión del sector, en particular en la administración de los recursos humanos, y los cambios requeridos no han conseguido el apoyo político necesario. Además existe un ambiente beligerante debido a la dura discusión entre los distintos actores del sistema de salud en posiciones antagónicas. Vale recordar que la literatura señala un clima cooperativo como fundamental para que estos contratos operen y se pueda avanzar efectivamente hacia una mejor gestión.

## Costa Rica

En 1996, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) inició una reforma de gestión que promueve la formación de cuasi mercados en el sistema de salud pública. Para ello, separó las funciones de financiamiento, compra y provisión en su interior y definió un nuevo modelo de financiamiento basado en el desempeño y formalizado en convenios de gestión. Esta reforma de la CCSS no formó parte de una reforma extensa del Estado y contó con amplio apoyo político. No obstante, la reforma impulsada

por el gobierno encontró oposición en los sindicatos (preocupados por su estabilidad laboral y posterior privatización), y en el nivel central (preocupados por el posible debilitamiento de la acción central, pérdida de poder), y escepticismo de parte de los directores de hospitales.

En adición a lo anterior, cabe destacar que la nueva forma de gestión fue introducida “de arriba hacia abajo” y se ha tendido a imponer esta visión. Para mitigar los efectos negativos de este enfoque, las autoridades se preocuparon a destacar en sus discursos los esfuerzos realizados y la situación de transición y ajuste que se vivía. Sin embargo, la introducción de los convenios de gestión fue un proceso complejo y pedroso, con resultados regulares.

En primer lugar, la separación de funciones transcurrió lentamente y las capacidades para planificar las compras eran débiles. Además el margen de administrar efectivamente recursos era muy estrecho debido a la normativa vigente sobre contratación de personal y carrera funcionaria que hace al personal, en la práctica, inamovible. A ello se suma la escasa capacidad gerencial y no hubo suficiente entrenamiento del personal en la implementación de los convenios. Tampoco, existe un sistema de incentivos explícitos, lo que lleva a que en la práctica, la herramienta usada se limita a la asignación de recursos sin que ésta necesariamente se relacione con el desempeño.

Por otro lado, la calidad, cantidad y oportunidad de la información que provee el sistema a cargo CCSS ha sido una de las principales fuentes de problemas, por lo cual la CCSS optó a seguir la política “lo que no se registra, no existe”, y relacionó la entrega de información con la entrega de fondos.

Las evaluaciones del sistema reflejaron que los convenios de gestión promovían una cultura de rendición de cuenta orientada hacia la mejora en calidad y eficiencia. Sin embargo, quedó evidente que si no cambia el marco legal, en particular referente a la inamovilidad del personal y al pago de sueldos por antigüedad, el espacio para mejorar el desempeño es marginal.

Por último vale notar que a pesar de los esfuerzos de reforma de la CCSS, ella ha mantenido una actitud protectora hacia los agentes, resabio de un sistema centralista y una cultura que valora un sistema de salud público que atienda a toda la población. Cabe preguntarse, entonces, si existe realmente el ánimo para crear un mercado interno de la provisión.

## Inglaterra

El mercado interno ha sido un elemento clave del Servicio Nacional de Salud (NHS) desde su formación a comienzos de los '90. A partir de la separación de las funciones de compra y provisión de servicios, se buscó introducir algún grado de competencia por conseguir financiamiento público. Las autoridades de salud (HA) comenzaron a usar contratos del tipo relacional, llamados acuerdos de servicios, para formalizar la transferencia de fondos a los proveedores contra el cumplimiento de objetivos específicos.

En la implementación de ellos hubo poca orientación desde el nivel central lo que dio espacio para que se dieran problemas de coordinación y manejo de información y hubo un desarrollo dispar de las distintas unidades. Sin embargo, con la experiencia adquirida a través del tiempo, los contratos tendieron a uniformarse, al menos en su estructura.

Si inicialmente el ambiente de aprendizaje mutuo dio lugar para la emergencia de distintas presiones e intentos de aprovecharse del nuevo instrumento de gestión para obtener más recursos, al aumentar la experiencia de los participantes, tanto compradores como proveedores estuvieron en condiciones de ir respondiendo de mejor manera. Las HA refinaron el diseño del contrato, ejercieron su derecho a elegir entre diversos proveedores y, poco a poco, han ido convergiendo hacia el uso de un contrato que cuenta con una estructura similar (condiciones generales, condiciones particulares y anexos que cubren distintos aspectos de la entrega de los servicios). Los proveedores (GP) comenzaron a organizarse en unidades operacionales mayores y a nivel hospitalario (Trusts) se identificaron sub-unidades para crear responsabilidades claras en el control administrativo y de costos.

Después de una década de implementación, el sistema de contratación en el NHS aún tiene camino por recorrer. Muchos de los contratos siguen siendo básicos y, a veces, con cláusulas contradictorias, pero no han surgido problemas serios debido a que operan en un sistema administrado centralmente. Además, en países de la OECD se nota la tendencia a mantener las relaciones que se desarrollan al interior del sector público en un clima de confianza en el que predomine la buena voluntad, el espíritu de cooperación y la búsqueda de consensos.

Por otro lado, uno de los efectos importantes que tuvo la introducción de los convenios en Inglaterra ha sido la tendencia a acentuar las diferencias de calidad de los servicios de salud, como resultado de las distintas capacidades y estrategias de gestión de los agentes. Probablemente, el sistema habría enfrentado menos obstáculos si hubiese existido un entrenamiento previo tanto en cuanto al diseño de los contratos como en la negociación de los mismos.

## Lecciones que se desprenden de la experiencia internacional

Las experiencias abordadas en la sección anterior, entregan una serie de lecciones útiles a tomar en cuenta para el diseño y uso de convenios de gestión, en el marco de modernizar la gestión pública del sector salud:

- ▲ Se requieren buenos sistemas de información, tanto para negociar los compromisos sobre una base realista de lo alcanzables como para permitir verificar si los compromisos se cumplieron. En muchos países persisten graves problemas en este ámbito contribuyendo a la falta de efectividad de los convenios de gestión.
- ▲ Generalmente no existen buenos sistemas de incentivos y sanciones explícitos que pudiesen suplir las falencias causadas por la asimetría de información. Mientras que los incentivos en la mayoría de los casos son bajos y no suelen lograr cambiar la motivación de los agentes a mejorar su desempeño, las sanciones — si existen — no se aplican.
- ▲ Junto a lo anterior, se vislumbra una falta de compromiso político con la implementación efectiva de los convenios de gestión, sea por la debilidad de las instituciones en los países en vía de desarrollo, sea por temor a los costos políticos. De todas maneras, esta actitud hace los compromisos poco creíbles y tiende a llevarlos al fracaso.
- ▲ Los gobiernos en la mayoría de los sistemas estudiados usan su control de los recursos financieros para exigir el cumplimiento de los acuerdos. Sin embargo, en la práctica, por razones de políticas de salud (entregar los servicios a la población) o por el riesgo de perder apoyo político, el financiamiento se transfiere



**Figura 6: Factores que influyen en buen resultado de convenios de gestión**



Fuente: los autores

muchas veces con independencia de los resultados alcanzados por el agente. De hecho, los sistemas de pagos mantienen un alto componente de gasto histórico.

- ▲ Con recursos que predominantemente siguen siendo asignados sobre la base histórica y con pocas posibilidades de administrar el personal bajo su mando (imposibilidad de despedir al personal excedente, por ejemplo), es improbable que los administradores, en cualquier nivel de la jerarquía, puedan conseguir ganancias en términos de eficiencia.
- ▲ Los gobiernos encuentran dificultades para alinear las políticas con el objetivo de hacer el sistema más eficiente. De tal manera, la estabilidad del recurso humano pareciera ser el objetivo tras el cual se ordenan las acciones. En adición a esto, los gobiernos parecen tener actitudes proteccionistas hacia los proveedores tradicionales de sus sistemas de salud.
- ▲ Los administradores juegan un rol fundamental tanto en la dirección de las entidades, como en el desarrollo de un liderazgo orientado a afectar la cultura organizacional. Sin embargo, se observa una falta de visión al no capacitarlos

temprana y adecuadamente para que puedan asumir sus nuevos roles.

- ▲ Por último, existen dificultades en la contratación de administradores idóneos. A ello se suma la dificultad (o imposibilidad) de los sistemas de salud para pagar sueldos competitivos a su personal.

## Conclusiones y orientaciones generales

El uso de convenios de gestión en el ámbito de la salud se ha extendido a medida que la corriente reformadora de los sistemas públicos se ha ido extendiendo, con el propósito de dotarlos de mayor eficiencia, conseguir mejores resultados, más transparencia y exigir que los administradores públicos respondan por su desempeño. El hecho de que la mayoría de las agencias públicas de salud sean elementos constitutivos de una misma jerarquía, acota de manera importante el diseño de los convenios de gestión en el sector público y lleva que éstos suelen ser del tipo relacional.

La aplicación de esta herramienta aspira a transformar el estilo de gestión tradicional



procedimental a uno que se oriente a la generación de resultados. En este esfuerzo, uno de los mayores desafíos se relaciona con contrarrestar los problemas de agente-principal entre distintas entidades del sector público. De tal forma se busca reducir la ventaja de información que tienen los agentes frente a los principales, motivar los directivos públicos a través de incentivos y sanciones para que cumplan con los objetivos y metas acordadas, y emanar señales que los compromisos adquiridos por el gobierno son creíbles (en particular con lo relacionado al pago de incentivos y la aplicación de sanciones).

En este contexto las principales orientaciones para los encargados de formular políticas en el ámbito de la salud se pueden resumir de la siguiente manera:

- ▲ Especificar claramente los productos y resultados. Es difícil medir el desempeño si hay demasiados objetivos o si cambian frecuentemente. Además, hay que tener cuidado con la participación de muchos “principales” ya que complican la definición de metas e indicadores coherentes.
- ▲ Inicialmente, los convenios de gestión no deberían establecer exigencias demasiado altas sino más bien concentrarse en unos pocos objetivos alcanzables y medibles.
- ▲ Acompañar la introducción de convenios de gestión con una política de conducción hasta que existan en las partes las capacidades de diseño, negociación, gestión y evaluación.
- ▲ Asegurar la claridad de roles y responsabilidades. Esto incluye la separación de funciones y la delegación de autoridad. (Muchas veces las atribuciones necesarias para poder administrar de manera descentralizada puede verse limitado por los marcos legales, en particular por el régimen de los recursos humanos).
- ▲ Diseñar un sistema de monitoreo fuerte, consistente y constante, incluyendo la producción de la información requerida para esto y la designación posible de una entidad externa que efectúe las evaluaciones periódicas.

- ▲ Especificar claramente incentivos y sanciones suficientemente fuertes para incidir en el comportamiento de los funcionarios. Una forma para seducir a los directivos a cumplir los convenios consiste en compartir los ahorros generados entre el gobierno y la entidad que los generó.
- ▲ Tomar decisiones políticamente costosas al inicio y durante el proceso para enviar señales que los compromisos son serios, en particular en relación con los premios y castigos.
- ▲ Identificar organismos de arbitraje neutrales que sean capaces de exigir el cumplimiento con los compromisos por ambas partes.
- ▲ Evaluar sinceramente las implicaciones relacionadas con la implementación de los convenios de gestión a fin de establecer si existe la voluntad política correspondiente. Lo anterior es particularmente relevante si los convenios incluyen medidas para penalizar directivos políticamente leales pero con pobre desempeño, pagar incentivos que aumentan los salarios fuera de la estructura salarial del gobierno, evaluar la continuación de contratos laborales, entre otros.
- ▲ Aplicar los convenios idealmente como parte de un paquete más grande de reforma de gestión hacia resultados.

## Bibliografía

- Abrantes, A. *Contracting public health care services in Latin America*. The World Bank. Draft, June 20, 1999.
- Cercone, J. y Rosenmöller, M. *A new hospital for Heredia: a public-private partnership for health care. A case study*. IESE and World Bank. May 2000.
- De Silva, S. *Community-based contracting: a review of stakeholder experience*. The IBRD/ World Bank. January, 2000.
- Duggan, M. *Does contracting out increase the efficiency of government programs? Evidence from medical HMOs*. Working paper 9091. NBER Working paper series. August 2002.

- England, R. *Contracting and performance management in the health sector*. DFID, Health systems resource centre. April 2000.
- Lidbury, C. *Lessons from performance contracting case studies*. Public management service. OECD. 1999.
- Martínez, J. y Martineau, T. *Introducing performance management in national health systems*. IHSD Issues Note, 2001.
- McCoy, D., et al. *Protecting efficient comprehensive and integrated primary health care. Principles for inter-governmental contracts/service agreements*. ISBN: 1-919839-11-9. September 2000.
- Ministerio de Salud, Gabinete del Ministro. *Formulación de planes de acción 1996*. Documento interno del Minsal.
- Ministerio de Salud, Gabinete del Ministro. *Formulación de planes de acción 1997*. Documento interno del Minsal.
- Ministerio de Salud, Gabinete del Ministro. *Formulación de planes de acción 1998*. Documento interno del Minsal.
- Ministerio de Salud, Departamento de Control de Gestión. *Notas sobre compromisos de gestión. Documento interno del Minsal*, 1998.
- Ministerio de Salud, Departamento de Control de Gestión. *Documento guía para el seguimiento y evaluación de los compromisos de gestión. Divisiones y organismos autónomos*. Mayo 1998.
- Ministerio de Salud y Gabinete del Ministro. *Compromisos de gestión 1999. Organismos autónomos*. Documento interno del Minsal. 1999.
- Petrie, M. *A framework for public sector performance contracting*. The economics and strategic group, public management committee, OECD. 1999.
- Schwab, N. et al. *Bolivia's reform to improve maternal and child mortality*. World Bank Institute. 2002.
- Shirley, M.M. and Colin Xu, L. *Information, Incentives and Commitment: An Empirical Analysis of Contracts between Government and State Enterprises*. World Bank. June 13, 1997.
- Teixidó i Fontanillas, J. A. *Sistemas de contratación de la atención primaria en Cataluña. Introducción al modelo Catalán*. Semergen 23 (8)480-484.
- Valenzuela, R. *Modelos recientes de aseguramiento: una mirada pragmática. Informe final, Viaje estudios a Europa*. Superintendencia de Isapres. Septiembre 1998.
- Valenzuela, R. *Evaluación de experiencias internacionales de Inspección, vigilancia y control de los sistemas de salud*. Bitrán y Asociados. Julio 2000.
- Valenzuela, R. *Análisis comparativo modelos de salud Inglés y Americano. Antecedentes para la reforma del sistema de salud en Chile*. Superintendencia de Isapres. 2001.





**Socios para la reforma del sector salud (PHRplus)** es financiado por USAID en virtud del contrato N° HRN-C-00-00-00019-00 e implementado por Abt Associates Inc. y socios Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Program for Appropriate Technology in Health; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; y University Research Co., LLC.



**La serie Resúmenes Ejecutivos de PHRplus** entrega resúmenes de publicaciones e informes técnicos más detallados de PHRplus al personal directivo, gerentes de programas, donantes y otras partes interesadas del sector salud. **Cartillas de políticas** están concebidas como referencias que buscan orientar a todas las partes interesadas en la terminología, conceptos y resultados de las reformas de la salud, a fin de permitirles una efectiva participación en el diálogo y toma de decisiones sobre el tema.

Este Resumen Ejecutivo se basa en un informe técnico de PHRplus/Perú, *Experiencia internacional en el uso de convenios de gestión* de Rubi Valenzuela Magaña, y fue redactado por Bitran & Asociados. La serie es editada por Linda Moll y Zuheir Al-Faqih y diseñada y producida por Michelle Munro. Para obtener ejemplares adicionales, comuníquese con nosotros o visite el sitio Web del proyecto:

PHRplus Resource Center  
Abt Associates Inc.  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, Maryland 20814 USA  
Tel 301-913-0500  
Fax 301-652-3916  
Email [PHR-InfoCenter@abtassoc.com](mailto:PHR-InfoCenter@abtassoc.com)  
URL [www.PHRplus.org](http://www.PHRplus.org)

